

SPETT.LE ATSDELLA MONTAGNA
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA, SALUTE E AMBIENTE
SEDE DI _____

OGGETTO: Comunicazione di Inizio Attività per Studio Professionale Sanitario ai sensi della D.G.R. 27 luglio 2001, n. VII/5724 e delle note Regione Lombardia n. G1.2022.0021604 del 16/05/2022, G1.2022.0023204 del 30/05/2022 e G1.2023.5904 del 23/06/2023 (comprensiva dell'allegato ID 279151055).

Psicologo/Psicoterapeuta (L. n.56 del 18/02/1989; L. n.3 del 11/01/2018, art. 9, comma 4)

Il/la sottoscritto/a dr. _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

tel. _____ C.F. _____

Partita. IVA _____

e-mail: _____ PEC _____

in possesso del titolo abilitativo di: **Psicologo** **Psicoterapeuta**

trovandosi nelle condizioni richiamate in oggetto

COMUNICA

di aver attivato uno **Studio Professionale Sanitario**

di far parte di uno **Studio Professionale Sanitario**¹ _____

nel Comune di _____, via _____

tel. _____ e-mail: _____

PEC _____

oppure

di erogare le proprie prestazioni in psicologia esclusivamente in modalità online e da remoto, con sede Legale/domicilio fiscale nel Comune di _____ via/p.zza _____
_____ piano _____]

A tal fine, consapevole che non verranno meno i controlli circa l'applicazione dei requisiti normativi, **dichiara** quanto segue:

Nello studio esercitano (anche saltuariamente), in autonomia organizzativa e senza vincolo associativo, i seguenti professionisti sanitari: _____

¹ solo in caso di **Studio Professionale Sanitario Associato** aggiungere tale specifica, riportandone la denominazione ed il nome e cognome di tutti i sanitari (anche allegandone elenco)

fanno parte dello Studio Professionale Sanitario Associato i seguenti professionisti:

dr. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel. _____ C.F. _____ P. IVA _____

e-mail: _____ PEC _____

in possesso del titolo abilitativo di: **Psicologo** **Psicoterapeuta**

dr. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel. _____ C.F. _____ P. IVA _____

e-mail: _____ PEC _____

in possesso del titolo abilitativo di: **Psicologo** **Psicoterapeuta**

dr. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel. _____ C.F. _____ P. IVA _____

e-mail: _____ PEC _____

in possesso del titolo abilitativo di: **Psicologo** **Psicoterapeuta**

[se oltre 3 sanitari, aggiungere i dati degli altri in un foglio da allegare a parte, rispettandone tutte le voci indicate sopra]

- I locali sono in possesso del certificato di agibilità/segnalazione Certificata di Agibilità; presso l'attività sono garantiti i requisiti previsti dal regolamento edilizio comunale e dalla normativa di sicurezza vigente in materia di igiene del lavoro, antincendio, sicurezza elettrica, smaltimento dei rifiuti;
- l'attività sanitaria è esercitata direttamente dal/i titolare/i;
- le prestazioni erogate non sono di chirurgia ambulatoriale;
- le prestazioni erogate non determinano procedure diagnostiche e/o terapeutiche particolarmente complesse o comportanti rischio per la sicurezza del paziente;
- la documentazione probante i requisiti autocertificati è disponibile presso lo studio.

Allega:

- autocertificazione dei titoli professionali posseduti e dell'iscrizione all'Ordine/Collegio Professionale dei professionisti sanitari che operano presso lo Studio;
- copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante e dei professionisti sanitari che operano presso lo Studio;
- orari di apertura dello studio;
- planimetria dei locali o, in alternativa, descrizione degli stessi o dichiarazione del possesso dei requisiti minimi (dichiarazione del possesso dei requisiti strutturali generali e specifici di cui al DPR 14.1.1997).

Data

Firma

(per esteso – leggibile)

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è consultabile sul sito web dell’Ente all’indirizzo

<https://www.ats-montagna.it/servizi-2/cittadini-2/igiene-e-sanita-pubblica/comunicazione-inizio-attivita-cia-studi-professionali-psicologi-psicoterapeuti/>

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito web dell’Ente all’indirizzo

<https://www.ats-montagna.it/regolamento-europeo-privacy-gdpr/>

Il sottoscritto, preso atto dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) n. 679 del 27.04.2016 e del D.Lgs 196 del 30.06.2003 e s.m.i., autorizza l’ATS ad utilizzare i dati personali dichiarati solo a fini istituzionali e necessari per l’espletamento della procedura di cui alla presente comunicazione.

Data

Firma

(per esteso – leggibile)